



**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
À LA PRATIQUE DU KICK-BOXING, MUAYTHAÏ, PANCRAÏCE et disciplines associées
EN LOISIRS ET EN COMPÉTITION « EDUCATIF, ASSAUT, LIGHT »**

Je soussigné, Docteur(en lettres capitales)

certifie avoir examiné M/Mme

Né (e) le :

et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes apparents contreindiquant la pratique de l'entraînement, du loisir et des compétitions « Educatif, Assaut et light » en kickboxing, muaythai, pancraïce et leurs disciplines associées.

Fait à : le :

Signature et cachet du médecin :